Aus der Universitäts-Frauenklinik der Charité Berlin
(Direktor: Prof. Dr. G. A. Wagner)

# Schwangerenberatung und Klinik

---

**Inaugural-Dissertation**
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Hellmuth Arthur Lothar Gürich
aus Rosenberg O/S.

---

Tag der Promotion: 4. Februar 1935

Buchdruckerei Rudolph Pfau, Berlin NW 7, Luisenstraße 21

158

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin

---

Dekan: Prof. Dr. Magnus

Referent: Prof. Dr. Döderlein

Korreferent: Prof. Dr. Wagner

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern
in Dankbarkeit und Verehrung gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550816_0053

Die bisher über Schwangerenfürsorge erschienenen Arbeiten sind zum Teil darauf eingestellt, den Nutzen der Schwangerenberatungsstellen zu beweisen, indem sie Jahresberiche mit klinischen Bilanzen geben (Keßler, Philipp). Zum Teil stellen sie auch eine Gesamterfolgsstatistik der betreffenden Beratungsstelle auf. So sucht z. B. Philipp zu beweisen, daß die in der Beratungsstelle an der Universitätsfrauenklinik (Artilleriestraße) betreuten Frauen bei den Entbindungen gegenüber der allgemeinen Statistik einen Rückgang der kindlichen Moralität um die Hälfte, nämlich von 3 von hundert auf 1,5 von hundert aufzuweisen hätten.

Dieses Verfahren ist aber mit zu vielen Fehlerquellen belastet, als daß man damit den wahren Sachverhalt klarlegen könnte. Die günstigen Verkehrsverhältnisse der Großstadt ermöglichen den Frauen gerade in Berlin auch in dringenden Fällen noch die rechtzeitige Ueberführung in eine Klinik. Aber auch außerhalb der Kliniken steht den gebärenden Frauen in Berlin durch die große Zahl von Fachärzten sachgemäße Hilfe viel ausgiebiger zur Verfügung als irgendwo anders.

Durch diese Umstände dürfte die Mortalität der Kinder unter der Geburt ansich bereits in Berlin gegenüber einer Landesstatistik geringer sein. Ferner ist zu berücksichtigen, daß ein erheblicher Teil der eine Berliner Beratungsstelle aufsuchenden Frauen schon vorher in anderen Beratungsstellen oder bei praktischen Aerzten war und daher schon vorberaten zur Sprechstunde kommt. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir in Berlin in den letzten Jahren ein Netz von über 60 Fürsorgestellen hatten. — Aus diesen Gründen darf Philipp das von ihm angegebene Heruntergehen der kindlichen Mortalität von 3 auf 1,5 von hundert auch nicht für eine einzelne Beratungsstelle allein in Anspruch nehmen.

Jedenfalls stellen sich erhebliche Bedenken entgegen, wenn man das Material einer einzelnen Berliner Beratungsstelle nach dieser Richtung hin verarbeiten will.

Dazu kommt folgendes: Die Beratungsstellen für werdende Mütter weisen vorläufig noch große organisatorische Mängel auf.

Die Frauen wandern von einer Stelle zur anderen. Jedes Mal werden dieselben Untersuchungen an ihnen angestellt. Ein Hand in Hand arbeiten wird überall vermißt, da die einzelnen Stellen nicht miteinander in Verbindung stehen. Wollte man den Frauen wirklich nachgehen, um das Material einer bestimmten Beratungsstelle bearbeiten zu können, so hieße das so viel, als wolle man für seinen Teil die mangelnde Organisation der Berliner Fürsorgeeinrichtungen nachholen. Ueber jede Frau würde im Verlaufe der Zeit ein Aktenstück mit polizeilichen Nachfragen, unsicheren Auskünften und anderem entstehen, ehe man zu den erforderlichen klinischen und ärztlichen Berichten käme.

Natürlich müßte man auch Nachforschungen anstellen über die Entbindungsmethoden und -resultate der Frauen, bei denen kein pathologischer Befund erhoben worden war. Das hieße so viel: es müßten von allen Frauen nachträglich recht eingehende Geburtsberichte beschafft werden.

Diese Schwierigkeiten bestehen auch dann, wenn selbst über die Hälfte der Frauen aus einer Beratungsstelle, die einer großen Klinik angeschlossen ist, später dort entbunden werden. Bei einem solchen Verfahren sind also derartige Schwierigkeiten und Mängel in Kauf zu nehmen, daß es sich wirklich verlohnt, nach einer weniger komplizierten Methodik zu suchen, um den Nutzen präpartaler Fürsorge zu beweisen.

Für die einzelnen Teilgebiete ist das aber schon hinreichend geschehen. So kennen wir z. B. bei der Lues den Wert spezifischer Behandlung in der Schwangerschaft schon seit langem aus freier gewähltem und daher leichter zu verarbeitendem Material. Aehnlich steht es bei den anderen Teilgebieten.

Der Wert ärztlicher Beratung bei den schwangeren Frauen ist einleuchtend genug, so daß wir es nicht nötig haben, den schwierigen Weg der Gesamterfolgsstatistik einer einzelnen Beratungsstelle, womöglich mit Berechnung der kindlichen und mütterlichen Mortalität zu beschreiten. Was den beratenden Geburtshelfer heute weit mehr interessiert, ist die Frage, ob seine eigene Beratungsstelle und ob besondere Beratungsstellen für schwangere Frauen überhaupt erfolgreich arbeiten, wie weit sie das in den vergangenen Jahren taten und wie gegebenenfalls ihre Erfolge gesteigert werden könnten.

Denn die Beratung schwangerer Frauen ist und war keineswegs nur eine Domäne besonderer Beratungsstellen. Schwange-

renberatung wird ja auch von Aerzten und Hebammen getrieben. Auch die Einrichtung der Hausschwangeren an den Kliniken ist Schwangerenfürsorge. —

Wie weit sich demgegenüber an den in Beratungsstellen besonders beratenen Frauen besondere Erfolge nachweisen lassen, und wie weit diese auch wirklich den dort erteilten Ratschlägen zuzuschreiben sind, darüber muß sich der beratende Geburtshelfer Rechenschaft ablegen.

Damit im Zusammenhang interessiert weiter die Frage nach dem Nutzen der spezialistisch geleiteten Beratungsstellen im Hinblick auf das Ganze, d. h. wie weit überhaupt die den Kliniker interessierenden pathologischen Zustände in Schwangerschaft und Geburt prophylaktisch erfaßt wurden und welche Rolle hierbei die Beratungsstellen im besonderen gespielt haben.

Zur Beantwortung dieser Fragen soll hier zunächst ein Bericht über die Schwangerenberatungsstelle an der Universitätsfrauenklinik der Charité gegeben werden, welcher in möglichst kritischer Weise das wirkliche Verdienst dieser Stelle an den von ihr beratenen Frauen herausstellen soll, aber zugleich auch einen Ueberblick gibt über die Möglichkeiten und Grenzen, die einer solchen Beratungsstelle gesetzt sind.

Im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit soll das Material an klinischen Entbindungen, das sich während des gleichen Zeitraumes in der Charité-Frauen-Klinik vorfindet, nach denselben kritischen Gesichtspunkten bearbeitet werden, hier natürlich besonders mit Hinblick auf die zweite gestellte Frage: Wo sind die Frauen allgemein beraten worden, und welche Rolle spielen hierbei die besonderen Beratungsstellen?

Die Aufgaben der Schwangerenberatung erstrecken sich ja nicht nur auf die Beratung der schwangeren Frauen in ihren besonderen Nöten sowie auf die Behandlung der für die Schwangerschaft eigentümlichen Beschwerden und Leiden. Die Beratungsstellen sollen über dem Individuum stehend auch sozialhygienische Ziele verfolgen (z. B. die Erfassung und Behandlung der luischen Schwangeren). Und sie sollen — als dritte Aufgabe — eine großzügige geburtshilfliche Auslese betreiben, d. h. alle die Frauen herausfinden, die besonderer Ueberwachung oder der rechtzeitigen Einweisung in die Klinik bedürftig sind.

Hierbei hat sich, wie wir später sehen werden, die Frage der Kennzeichnung der geburtshilflichen Schwierigkeiten für die Zwecke der praktischen Schwangerenberatung, d. h. von wann ab die pathologische Entbindung der Klinikaufnahme bedarf, auf allen Teilgebieten als außerordentlich schwierig erwiesen. Sie war bisher, wie aus den weiteren Ausführungen hervorgeht, das Hauptproblem der geburtshilflichen Auslese.

Hier will ein vor einiger Zeit herausgekommener Erlaß des Reichsinnenministers Frick eine neue Zeit einleiten. Dieser Erlaß will der mit Unrecht in den letzten Jahren in Mißkredit geratenen häuslichen Entbindung wieder zu Ehren verhelfen, indem er deren ethische Vorzüge vom völkischen Standpunkt aus hervorhebt. Die Gebäranstalten sollen nicht mehr wie bisher von möglichst weiten Volkskreisen nur zum Zwecke einer bequemen klinischen Entbindung in Anspruch genommen werden. Dagegen hebt der Erlaß mit Recht besonders hervor, daß die pathologische Entbindung, soweit sie der klinischen Behandlung wirklich bedarf, auch unbedingt in die Klinik gehört.

Somit hat sich die Schwangerenfürsorge in den Dienst einer in wirklich rationellem Sinne arbeitenden geburtshilflichen Auslese zu stellen, und die Ausarbeitung möglichst allgemeingültiger und praktisch brauchbarer Richtlinien ist Pflicht der Aerzte und Kliniken.

Betrachten wir zunächst den Bericht über die Tätigkeit unserer Fürsorgestelle in der Zeit vom März 1930 (Beginn ihrer Tätigkeit) bis Juni 1933.

Es kamen zur Beratung:

| | |
|---|---|
| 1930 März—Dezember | 236 Frauen |
| 1931 Jan.—Dezember | 216 Frauen |
| 1932 Jan.—Dezember | 425 Frauen |
| 1933 Jan.—Dezember | 182 Frauen |
| zusammen | 1059 Frauen. |

Wie bei jeder einer geburtshilflichen Klinik angegliederten Beratungsstelle zeigt es sich, daß ein nicht unbeträchtlicher Teil auch zur Entbindung unsere Klinik aufsucht. Der Hundertsatz schwankt in den Jahren von 60—70. Gerade dieser Umstand erleichtert bei solchen Fürsorgestellen die wissenschaftliche Auswertung bedeutend und steht in angenehmem Gegensatz zu der sonstigen Zersplitterung der S. F. Einrichtungen. Mit ausgesprochenen Beschwerden kamen 78 Frauen (7,3%). Sehr viel häufiger,

in 134 Fällen, wurde jedoch ein klinischer Befund erhoben, der eine fürsorgerische Ueberwachung in der Schwangerschaft oder unter der Geburt erforderlich machte. Die meisten Frauen kamen, um sich untersuchen zu lassen, ob alles in Ordnung sei und um sich für die Entbindung beraten zu lassen.

Es kamen:

| | |
|---|---|
| 1. gebärende | 644 |
| 2. gebärende | 294 |
| 3. gebärende | 72 |
| 4. gebärende | 29 |
| 5. gebärende | 12 |
| nochmehr gebärende | 8. |

Daraus geht hervor, daß die Schwangerenfürsorge besonders von Erstgebärenden aufgesucht wird, die naturgemäß vor der Entbindung mehr Sorge haben als Mehrgebärende.

Es ist natürlich dringend geboten, daß die Frauen zu einem möglichst früh en Zeitpunkt der Schwangerschaft zur Beratung kommen. Insbesondere bei der Lues macht häufig ein späterer Beginn der spezifischen Behandlung jeden klinischen Erfolg unmöglich. Da wirkt die geringe Zahl von nur 23 Frauen (ca. 2 von hundert), die vor Ablauf des 5. Monats die Sprechstunde aufsuchten, geradezu niederdrückend.

An dem statistischen Material interessiert am meisten dasjenige, das zum klinischen Erfolg bei der Entbindung der Mutter und zu den Lebensaussichten des zu erwartenden Kindes in augenfälliger Beziehung steht.

Hier steht der Häufigkeit nach an erster Stelle das eng e Becken. Um der Forderung nach Aufstellung einfacher diagnostischer Richtlinien für die geburtshilfliche Auslese zu genügen, wollen wir hier alle Formen von engen Becken, die eine Conj. ver. unter 9 cm aufwiesen (zumeist aus der Conj. ext. berechnet) genauer betrachten, eine Berechnung, die sich zwar für die exakte wissenschaftliche Auslese als wenig brauchbar erwiesen hat (v. Schubert), jedoch aus praktischen Gründen hier beibehalten werden soll. Wir sind uns dabei jedoch bewußt, daß es eine wirklich schematisch anzuwendende Norm hierfür nicht gibt. Auch leichtere Beckenverengungen können zu den schwersten geburtshilflichen Komplikationen führen, sofern andere Umstände komplizierend hinzutreten, z. B. großer vorangehender Teil, alte Erstgebärende, vorangegangener Kaiserschnitt usw. Auch diese Fälle

wollen wir gesondert betrachten, soweit sie für die geburtshilfliche Prophylaxe erfaßbar sind und sich für sie diagnostische Richtlinien aufstellen lassen.

Solche engen Becken, die also einer Ueberwachung bedurften, fanden sich 43 (4 von hundert). Hiervon wurden später entbunden:

| | | |
|---|---|---|
| durch Kaiserschnitt | 13 | (25,5 v. hundert) |
| durch die Zange | 6 | (13,9 v. hundert) |
| durch Extraktion | 1 | ( 2,3 v. hundert) |
| durch Perf. u. Kraniokl. | 3 | ( 6,9 v. hundert) |
| ohne Kunsthilfe | 20 | (46,5 v. hundert). |

Bei den perforierten Kindern handelte es sich um von vornherein tote Früchte. Bei einem lag Nabelschnurvorfall, bei einem anderen Hydramnios vor. Im ganzen kamen von den 43 Frauen 4 Kinder tot zur Welt, was einer kindlichen Mortalität von 9,3 von hundert entspricht. (Todesursachen in den bisher nicht angeführten Fällen war intrauterine Asphyxie).

Von den Müttern starb keine einzige.

Die Tatsache, daß bei über der Hälfte der Fälle geburtshilflich eingegriffen werden mußte, läßt erkennen, daß solche Fälle von engen Becken von vornherein in die Klinik gehören und ist Beweis dafür, daß die oben gestellten Richtlinien (. . der Conj. ver. von 9 cm an abwärts) berechtigt sind.

Hat eine Frau mit engem Becken früher schon einen Kaiserschnitt durchgemacht, so bedroht sie bei neuer Geburt, auch wenn kein Mißverhältnis zwischen vorangehendem Teil und Becken vorliegen sollte, die spontane Uterusruptur in der Narbe. Diese Fälle erweisen sich bei der geburtshilflichen Auslese besonders dankbar, da sie leicht rechtzeitig erfaßt werden können.

Diese beiden geburtshilflichen Schwierigkeiten kombiniert fanden sich innerhalb der oben aufgestellten Statistik bei 6 Frauen, von denen 4 später durch wiederholten Kaiserschnitt, die anderen 2 durch Perforation und Kranioklasie entbunden wurden.

Eine schwierige Entbindung ist besonders zu erwarten, wenn ein enges Becken bei einer alten Erstgebärenden vorliegt. Auch hier ist der beratende Geburtshelfer in dem Vorteil genauer Richtlinien für seine beratende Tätigkeit. 9 der oben gezählten Frauen mit engen Becken waren alte Erstgebärende über 35 Jahren. Von ihnen wurden

4 durch Kaiserschnitt
4 durch die Zange und nur
1 ohne Kunsthilfe entbunden.

Bei den alten Erstgebärenden lassen sich keine so allgemeingültige Regeln aufstellen. Die geburtshilflichen Schwierigkeiten wachsen mit dem Alter der Frauen. Sie brauchen aber auch gar nicht aufzutreten, andererseits können sie durch hinzutretende Komplikationen in ähnlicher Weise ansteigen, wie das bei den engen Becken der Fall ist.

Betrachten wir alle alten Erstgebärenden mit einem Alter von 35 Jahren an aufwärts, so finden wir 32 Frauen, die in unserer Sprechstunde alle den Rat zu klinischer Entbindung bekamen. 28 von ihnen wurden später in unserer Klinik entbunden.

| | |
|---|---|
| durch Kaiserschnitt wurden entbunden | 6 |
| durch die Zange | 8 |
| spontan kamen nieder | 18 |

Bei 43 von hundert war also Kunsthilfe erforderlich mit dem Erfolg, daß alle Mütter und Kinder leben.

Diese Zahlen beweisen, daß die Einführung allgemeingültiger Grundsätze für die Schwangerenberatung auch auf diesem Gebiete kein unlösbares Problem bedeutet.

Nächst den engen Becken fand sich am zweithäufigsten die Lues. Bei nahezu allen Frauen wurden die Sero-Reaktionen angestellt. Sie waren in 34 Fällen positiv. Hier sind allerdings die unspezifischen Reaktionen zum Teil mit einbegriffen, da manche Frauen für immer aus unserem Gesichtskreis entschwanden oder klare Auskünfte über eine eventuell stattgefundene Nachuntersuchung nicht zu erzielen waren. Da jedoch nach heutigen Grundsätzen jede Frau mit positiver Wa.-Reaktion in der Schwangerschaft behandelt werden sollte, so spielt das keine so große Rolle, und wir können uns damit begnügen, die Zahl der Frauen festzustellen, die zu spezifischer Behandlung veranlaßt werden konnten.

Spezifischer Behandlung zugeführt wurden nur 17, also die Hälfte aller positiven Fälle. Der Grund hierfür liegt durchweg darin, daß diese Frauen zu spät zur Beratungsstelle kamen, d. h. nach Ablauf des achten Monats.

Dieses Verhältnis wird noch bedeutend eingeschränkt, wenn wir diese Fälle näher betrachten. Während der ganzen Schwangerschaft oder wenigstens vom dritten Monat ab standen

in spezifischer Behandlung 8 Frauen, von denen durch unsere Beratungsstelle aber nur eine als Lues aufgedeckt und der Behandlung zugeführt werden konnte. Die anderen 7 Frauen waren bereits anderswo in Behandlung, zumeist bei ihren Aerzten. Sie suchten erst in späteren Monaten ihrer Schwangerschaft die Beratungsstelle auf. So ist also dieser Teil fürsorgerischer Tätigkeit bereits von praktischen Aerzten geleistet worden. Das ist etwa ein Fünftel aller Fälle.

Ueber die weiteren 26 Frauen läßt sich folgendes erheben:

Es wurden behandelt:

Vom 4. Monat ab 1 Fall (nicht durch uns aufgedeckt
vom 5. Monat ab 1 Fall (nicht durch uns aufgedeckt
vom 7. Monat ab 4 Fälle (davon 3 durch uns aufgedeckt
vom 8. Monat ab 5 Fälle (davon 4 durch uns aufgedeckt.

Im 9. und 10. Monat wurden 15 Fälle gefunden, wovon 14 durch uns aufgedeckt wurden.

— Ein trauriges Ergebnis! — Es zeigt, daß überhaupt der größte Teil viel zu spät zur Fürsorgestelle gekommen war und deshalb keiner oder nur ungenügender Behandlung zugeführt werden konnte.

Da bei der Lues häufig Frühgeburten im 7. und 8. Monat auftreten, so vermindert sich der Erfolg bei den behandelten Fällen weiter. — Ueberraschend ist bei dieser Aufstellung die Tatsache, daß das Verdienst der praktischen Aerzte bei der Aufdeckung und Behandlung der Lues gegenüber den Leistungen der Fürsorgestellen verhältnismäßig groß zu sein scheint.

Gerade die praktischen Aerzte stellen häufig genug Schwangerschaftsdiagnosen bei ihnen bereits als luisch bekannten Frauen und veranlassen die rechtzeitige Behandlung.

Der Schwerpunkt bei der Lösung des Problems der rechtzeitigen Erfassung der luischen Schwangeren liegt demnach darin, die Frauen schon bei der Stellung der Schwangerschaftsdiagnose durch den Arzt auf die Notwendigkeit sofortiger Behandlung hinzuweisen.

Jede gynäkologische Poliklinik sollte in gleicher Weise der Fahndung nach okkulten Luesfällen unter den Frauen, die zur Untersuchung auf Schwangerschaft kommen, ihr besonderes Interesse zuwenden. In der gynäkologischen Poliklinik der Charité-Frauenklinik wird diese Fahndung seit dem Jahre 1928 prinzipiell durchgeführt, wie sie von G. A. Wagner (Medizinische Klinik

1923, Nr. 1: „Zur Verhütung der kongenitalen Syphilis") gefordert wird und von ihm in seiner Prager Klinik seit Jahren systematisch durchgeführt worden war. —

Regelmäßig wird bei Frauen, die bei Ausbleiben der Regelblutungen die Poliklinik aufsuchen mit der Frage, ob sie schwanger sind, bei Feststellung der Schwangerschaft die serologische Untersuchung auf Lues in die Wege geleitet. Den Frauen braucht dabei nicht gesagt zu werden, daß es sich um eine Untersuchung auf Lues handelt. Es wird ihnen vielmehr nur eine „Blutuntersuchung" als für das künftige Kind notwendig hingestellt. Fällt die Untersuchung positiv aus, dann erst wird die Frau über den erhobenen Befund informiert und ihr die Notwendigkeit der sofortigen Behandlung klargemacht, und die Behandlung, wenn möglich, sofort in Angriff genommen.

Daß diese Fahndung nach Luesfällen bei Frühschwangerschaft erfolgreich ist, zeigen die Zahlen der gynäkologischen Poliklinik der Charité: In den bearbeiteten Jahrgängen (1930—1933 Juni) suchten insgesamt 965 schwangere Frauen die Poliklinik auf. Unter ihnen wurden 53 seropositive Fälle gefunden (gleich 5,4 von hundert). Hierbei hat es sich zum allergrößten Teil um Schwangerschaften in den ersten fünf Monaten gehandelt. Die als luisch erkannten Frauen wurden alle der Frühbehandlung zugeführt.

Diese Art der Aufspürung latenter Luesfälle ist weit zweckmäßiger als das an den meisten Kliniken übliche Verfahren, die zur Entbindung kommenden Frauen auf Lues zu untersuchen. Denn bei diesen kommt eine „pränatale Behandlung" des Kindes zu spät und darum gar nicht mehr in Frage. Bei den Frühschwangeren aber wird die latente Lues zu einem Zeitpunkt aufgedeckt, der eine so rechtzeitige antiluische Behandlung ermöglicht, daß das Kind mit mehr als 90% Wahrscheinlichkeit gesund geboren werden kann.

An dritthäufigster Stelle fanden sich die Toxikosen. Für die Klinik wichtig sind hier die Blutdruckerhöhungen mit Albuminurie, die zur Vorbeugung einer drohenden Eklampsie einer sorgfältigen Behandlung bedürfen. Solche fanden sich 15. Bei keiner brach später eine Eklampsie aus. 12 davon wurden bei uns entbunden. — Das ist zweifellos ein Erfolg unserer Beratungsstelle, der sicherlich dem besonderen Umstande zu verdanken ist, daß unsere Beratungsstelle einer größeren Klinik angeschlossen ist.

Bei 3 Frauen mußte der Kaiserschnitt ausgeführt werden, bei zweien, weil es sich um alte Erstgebärende handelte, deren Entbindung bei der Toxikose zu lange gedauert hätte. Bei der dritten lag eine Nephropathie vor, die mit Ascites vergesellschaftet war. Durch die Zange wurden 3 Frauen entbunden, davon 2 ebenfalls wegen zu lange dauernder Entbindung infolge des Alters der Patientin, und eine wegen eines gleichzeitig bestehenden Vitium cordis.

Herzfehler mit Zeichen von Dekompensation während der Schwangerschaft fanden sich bei 7 Frauen, von denen 4 später bei uns entbunden wurden. Alle diese Frauen wurden während der Schwangerschaft überwacht und medikamentös vorbereitet. 2 wurden durch die Zange, eine durch Kaiserschnitt entbunden. Spontan kamen 4 nieder. Keine der Frauen ging bei der Niederkunft an Herz-Insuffizienz zu Grunde.

Klinisch wichtig sind ferner die Fälle mit florider Gonorrhoe. Solche fanden sich 3, die entsprechender Behandlung zugeführt wurden. Bei keiner war im Wochenbett eine wesentliche auf die Gonorrhoe zu beziehende Fieberzacke nachweisbar. Keines der Neugeborenen bekam eine spezifische Conjunctivitis.

Ausgesprochenes Hydramnios wurde 6 mal registriert. Eins der Kinder kam tot, mazeriert, jedoch ohne sichere Lueszeichen zur Welt. Es wurde durch zerstückelnde Operation entwickelt. 4 der Frauen kamen spontan nieder, 1 wurde durch Extraktion entbunden. Bei einem Kinde wurden die Zeichen der kongenitalen Lues gefunden.

Beckenendlagen wurden in 6 Fällen richtig diagnostiziert, Querlagen in 4 Fällen (soweit sich die Geburtsberichte beschaffen ließen —).

---

Ein sicheres Urteil über den Wert der Schwangerenberatungsstellen läßt sich, wie eingangs erwähnt, nur durch die Rückverfolgung eines bestimmten klinischen Materials einer großeren Gebäranstalt gewinnen. — Das soll hier versucht werden.

Es wurden also alle Frauen mit Lues, engem Becken, später Erstgeburt usw., die zur Entbindung in die Charité-Frauenklinik in den Jahren 1930 bis Juni 1933 gekommen waren, zum Teil brieflich und zu einem kleineren Teil mündlich befragt, ob sie überhaupt während der Schwangerschaft in einer Beratungsstelle ge-

wesen waren und zu welchem Zeitpunkt. Ferner wurde durch entsprechende Fragen mit möglichster Genauigkeit festgestellt, wie weit auf jedem einzelnen Teilgebiet wirklich eine erfolgreiche Betreuung oder eine rechtzeitige Erfassung und Behandlung stattgefunden hatte.

Da die Vordrucke unserer Geburtsberichte auf die Vorgeschichte unserer Patientinnen gerade für solche Zwecke in eingehender Weise eingestellt sind, so konnten unsichere Angaben der Frauen oder aus anderen Gründen nicht mehr beschaffbare Auskünfte, (weil die Frauen verzogen oder gestorben waren oder zu Auskünften nicht zu bewegen waren) zum größten Teil leicht ergänzt oder ersetzt werden.

Ein jeder pathologische Zustand in der Schwangerschaft und eine jede Komplikation des Geburtsverlaufes soweit sie sich während der Schwangerschaft voraussehen läßt, kann und soll Gegenstand der Schwangerenberatung sein. Wir wollen uns hier nur auf einige wichtige Teilgebiete beschränken.

Das fürsorgerisch wichtigste und dankbarste Gebiet ist zweifellos die Lues. —

Der Wert der spezifischen Luesbehandlung in der Schwangerschaft ist heute wissenschaftlich als erwiesen und geklärt zu betrachten. Um für die Auswertung der folgenden Statistiken Richtlinien zugrunde zu legen, sei die von Nürnberger aus einem großen Material der Literatur zusammengestellte Sammelstatistik angeführt. Nürnberger zeigte:

100 luische, nichtbehandelte Frauen bringen 97 kranke und 3 gesunde Kinder zur Welt.

100 luische Frauen, die nur vor der Gravidität behandelt sind, bringen 86 kranke und nur 14 gesunde Kinder zur Welt.

100 luische Frauen, die in der Gravidität ausreichend behandelt sind, bringen 14 kranke und 86 gesunde Kinder zur Welt.

Die Hauptaufgaben, die die Beratungsstellen in der Luesfürsorge der Schwangeren zu erfüllen haben, sind demnach: rechtrechtzeitige, d. h. möglichst frühzeitige Diagnose und Veranlassung zu rechtzeitiger Behandlung.

Die Schwierigkeiten der Luesdiagnostik sind aber bei der Frau viel größer als beim Mann.

Nach Finkener und Neugarten, (zitiert nach Philipp) weisen in fast 50 von hundert der Fälle die syphilitischen Frauen überhaupt keine klinischen Symptome auf und wissen nichts von

einer Infektion. Sie sind latent luisch. Es ist anzunehmen, daß bei ihnen der Primäraffekt im Inneren der Genitalien unerkannt geblieben ist. Es kommt vielleicht auch in vielen Fällen gar nicht zur Ausbildung eines Primäraffektes, weil die Infektion über das corpus uteri durch Gewebslücken, vielleicht während der Menstruation, erfolgt. (Untersuchungen von Fuchs in der Neißerschen Klinik, zitiert nach Philipp).

Diese Schwierigkeiten rechtfertigen die Forderung nach einer besonders organisierten und systematischen Lues-Bekämpfung durch Aerzte und Fürsorgestellen, wobei alle Frauen serologisch untersucht werden.

In der Charité-Frauen-Klinik fanden sich in den Jahren 1930 bis 1933 (bis Juni) unter 3778 entbundenen Frauen im ganzen 173 klinische Fälle, bei denen eine fürsorgerische Betreuung in der Schwangerschaft wegen positiven Ausfalles der Sero-Reaktionen oder wegen früherer Lues-Anamnese notwendig war (4,5 von hundert des Gesamtmaterials). Manifeste Lues konnte bei diesen Frauen nur 7 mal festgestellt werden. (4 von hundert der seropositiven Fälle).

Von den Kindern kamen im ganzen 39 tot zur Welt, (eingerechnet die, die bald nach der Geburt verstarben). Zeichen manifester Lues wurden bei diesen 39 Totgeburten 28 mal festgestellt. Von den Müttern dieser Kinder war nur eine seit dem 5. Monat in Behandlung. Alle anderen waren unbehandelt oder erst nach dem 6. Monat behandelt. Diese Zahl gibt einen deutlichen Hinweis darauf, wie ungünstig sich das Los der Kinder der unbehandelten Mütter gestaltet, und wieviel Arbeit an Aufklärung und gesetzgeberischen Maßnahmen noch zu leisten ist.

Unter den lebendgeborenen Kindern der luischen Mütter fanden sich im ganzen 11 Fälle mit serologisch nachgewiesener (Nabelschnurvenenblut) oder manifester Lues.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die wahre Zahl der luisch infizierten Kinder höher gewesen ist. Denn, wie Pfaundler zeigte, treten die ersten Erscheinungen der Lues bei den kranken Kindern bis zum Ende der ersten Woche nach der Geburt in nur 14 von hundert der Fälle auf, in 91 von hundert erst am Ende der zehnten Woche. Kinder und Mütter wurden aber meistens nach Ablauf der ersten Woche (nach Ueberweisung in weitere Behandlung) entlassen.

Von diesen 173 einer spezifischen Behandlung in der Schwangerschaft bedürftig gewesenen Frauen wurden nur 47 (also nur

etwa $^1/_4$) wirklich behandelt, wie sich aus den klinischen Krankenblättern und Nachfragen bei den Frauen ergibt. In welchem Ausmaß die Behandlung in der Schwangerschaft stattfand und durch welche Stellen die Frauen auf die Behandlung hingewiesen wurden, zeigt die folgende Tabelle:

| In Behandlung waren insgesamt seit dem | | davon durch Fürsorgestellen der Behandlung zugeführt: | von Anfang an bei prakt. Ärzten in Behandlung: |
|---|---|---|---|
| 2. Monat und früher | 24 | 11 | 13 |
| 3. Monat | 1 | 1 | 0 |
| 4. Monat | 4 | 4 | 0 |
| 5. Monat | 4 | 3 | 1 |
| 6. Monat | 8 | 6 | 2 |
| 7. Monat | 16 | 14 | 1 |
| 8. Monat | 17 | 16 | 1 |
| Im 9. u. 10. Monat entdeckt | 99 | davon durch Fürsorgestellen | 16 |
| unter d. Geburt entdeckt | 83 | | |

Der Grund für diese ungünstigen Verhältnisse liegt weniger darin, daß diese Frauen überhaupt nicht beraten waren, als vielmehr darin, daß eben der weitaus größte Teil erst zu spät die Beratungsstellen aufgesucht hatte.

Wollen wir aus dieser Tabelle ein richtiges Urteil über den Wert der von den Fürsorgestellen und Aerzten geleisteten Arbeit gewinnen, so müssen wir nach einer Norm suchen, von welchem Zeitpunkt ab wir eine Frau noch als ausreichend behandelt ansehen wollen. Darüber haben vor einiger Zeit Philipp und Richter aufschlußreiche Statistiken veröffentlicht. Wie auch andere Autoren kommen sie zu dem Schluß, daß die Erfassung der luisch infizierten Schwangeren spätestens bis zum Beginn des 5. Monats erfolgt sein muß. Die Berechtigung zu dieser Annahme erhellt ja auch daraus, daß die Lues Frühgeburten schon vom 7. Monat an verursacht und die Frist für eine ausreichende Behandlung — zu der wir 2 gründliche Kuren verlangen müssen — nicht mehr ausreichen würde, wenn die Behandlung später als zu Beginn des 5. Monats anfängt.

Normieren wir in dieser strengen Weise, so konnte dieses Ziel bei unseren 173 Frauen mit bei der Entbindung festgestellter Lues nur in 29 Fällen erreicht werden.

Ein wirklich klägliches Resultat, das die Dringlichkeit der Luesdiagnostik und Fürsorge unterstreicht.

An der Tabelle fällt weiter die relativ hohe Zahl der in der ersten wagerechten Spalte registrierten Frauen auf. Zu dieser Gruppe wurden alle die Frauen gerechnet, von denen, aus ihren eigenen Angaben (Fragebogen), sowie aus den klinischen Krankenblättern hervorging, daß sie von Anbeginn ihrer Schwangerschaft an in Behandlung standen (im Vergleich zu den anderen Spalten). Die Gesamtziffer dieser Fälle beweist, daß es eben doch eine, wenn auch kleine Gruppe von Frauen gibt, die gleich von vornherein richtig beraten und guten Willens ist. Bei 13 Frauen dieser Gruppe konnte als sicher festgestellt werden, daß sie sich seit Anbeginn ihrer Schwangerschaft und zuerst bei praktischen Aerzten in Behandlung befanden.

Es ließ sich unschwer nachweisen, daß die Mehrzahl dieser Frauen schon vorher in ärztlicher Behandlung wegen Lues gestanden hatte, bei denen also die Lues bei anderer Gelegenheit aufgedeckt worden war.

Hierzu sind auch die Frauen zu rechnen, die schon mehrere faultote Kinder zur Welt gebracht hatten und sich nun nach einem lebenden Kinde sehnten. Daneben aber dürfte hier den praktischen Aerzten in den meisten Fällen das Verdienst der ersten Behandlung zuzusprechen sein. Denn diese kennen ihre Lueskranken häufig bereits seit langem und die Frauen wenden sich meistens zuerst an sie, um sich die vermutete Schwangerschaft von ihnen bestätigen zu lassen.

Es ist interessant und überraschend, daß in dieser Beziehung die Betrachtung der klinischen Luesfälle das gleiche Bild ergibt, wie wir es bei den Luesfällen der Beratungsstelle fanden.

Wenden wir uns nunmehr den Formen von engen Becken der Klinik von den Jahren 1930—1933 (-Juni) zu.

Hier wollen wir die gleichen Grundsätze zugrunde legen, wie wir sie bei der Besprechung der Beratungsstelle befolgten. (Den weiteren Ausführungen seien die umseitig abgedruckten Tabellen zugrunde gelegt). Alle engen Becken von einer Conj. ver. von 9 cm an abwärts sind Gegenstand geburtshilflicher Auslese.

Diese seien, der gebräuchlichen klinischen Einteilung folgend, weiter unterteilt in die Formen mit einer Conj. ver. bis zu 7,5 cm

und in die schwersten Formen, die unter dieser Grenze liegen. Ferner sollen auch hier wieder die Frauen, die wegen engen Beckens bereits einen oder mehrere Kaiserschnitte durchmachten, sowie die alten Erstgebärenden über 35 Jahren mit engen Becken gesondert registriert werden, so daß im ganzen 4 Gruppen entstehen. Durch nachträgliche Befragung und aus dem Material unserer klinischen Krankenblätter wurde mit möglichster Genauigkeit festgestellt, wie weit diese Frauen wirklich schon rechtzeitig in der Schwangerschaft den Rat zu klinischer Entbindung erhalten hatten und von welchen Stellen. In Klammern beigefügt wurden in der Tabelle bei jeder Gruppe die Zahlen der Frauen, die überhaupt eine Beratungsstelle während der Schwangerschaft aufgesucht hatten.

Enge Becken-Fälle der Klinik.

| | Anzahl | wegen drohender Geburtsschwierigkeiten kamen: | beraten durch: Fürs. | Heb. Schw. | Ärzte | Hebam. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I. Conj. ver. v. 9—7,5 | 128 (81) | 93 | 25 | 14 | 7 | 4 |
| II. Conj. ver. unter 7,5 | 22 (16) | 20 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| III. Stat. post. sect. u. e. B. | 22 (17) | 19 | 13 | 1 | 4 | 2 |
| IV. Alte 1. gebährende u. e. B. | 10 ( 7) | 10 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Summe: | 182 | 142 | 54 | 18 | 12 | 7 |

Klinische Entbindungsmethoden:

| | Sectio: | Forceps: | Extraktion: | Perforation: | Spontangeburt: |
|---|---|---|---|---|---|
| I. | 33 | 17 | 1 | 3 | 74 |
| II. | 11 | 4 | 1 | 1 | 5 |
| III. | 16 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| IV. | 2 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| Summe: | 62 | 22 | 2 | 5 | 91 |

Die einfachsten Fragen wurden im allgemeinen mit erfreulicher Klarheit beantwortet.

Ein Blick auf die Tabelle lehrt, daß die Frauen, die in der ersten wagerechten Spalte registriert sind, am wenigsten in diesem Sinne beraten waren. Offenbar hat das daran gelegen, daß es den

Beratern an einheitlichen und allgemeingültigen Richtlinien gefehlt hat.

Die Auffassungen, von wann ab die pathologische Geburt wegen zu engen Beckens prophylaktisch in die Klinik gehört, sind in ärztlichen Kreisen noch sehr geteilt und zum Teil gegensätzlich, seit dem die Forderungen von Max Hirsch, daß alle pathologischen Entbindungen in die Klinik gehören, bei vielen Geburtshelfern auf entschiedenen Widerstand gestoßen sind. Man muß sich jedoch darüber im klaren sein, daß, wenn überhaupt planmäßig geburtshilfliche Auslese getrieben werden soll, auch einheitliche und allgemeingültige Auffassungen hierüber Vorbedingung sind.

Ein Vergleich der Zahlen der ersten Tabelle mit der zweiten Tabelle, aus welcher die klinischen Entbindungsmethoden zu ersehen sind, zeigt, daß bei der ersten Gruppe Kunsthilfe in 42 von hundert der Fälle erforderlich war und bei 25 von hundert der Kaiserschnitt ausgeführt werden mußte.

In der 2. vertikalen Spalte sind alle die Frauen gezählt, die nicht aus sozialen oder Bequemlichkeitsgründen in die Klinik kamen, sondern wegen irgendwelcher klinischer Indikationen, die von Aerzten oder Beratungsstellen während und vor der Geburt gestellt worden waren. Aus der im Verhältnis zur Gesamtzahl recht hohen Ziffer dieser Fälle, sowie den erwähnten klinischen Entbindungsmethoden bei dieser Gruppe läßt sich der Schluß ziehen, daß die hier angewandte Normierung ihre Berechtigung hatte und daß eine Anregung, einheitliche Normen zu schaffen, unter diesen Umständen sehr von Nutzen sein würde.

Bei den Beckenverengungen unserer 3. und 4. Gruppe zeigt die Tabelle ein ganz anderes entschieden günstigeres Bild. Es handelt sich hier um die Komplikationen eines engen Beckens mit alten Erstgebärenden. Wenn wir diese Gruppe zusammenfassen, so ergibt sich, daß über die Hälfte dieser Frauen von den Beratungsstellen rechtzeitig auf die Notwendigkeit klinischer Entbindung hingewiesen worden war und über $^3/_4$ im ganzen in diesem Sinne richtig beraten war. Der Grund hierfür ist klar ersichtlich. In solchen Fällen bereitet die prophylaktische Indikationsstellung dem beratenden Geburtshelfer bei weitem nicht die Schwierigkeiten wie in den anderen Fällen von engen Becken. Hier hat sich längst bei der Aerzteschaft die Erkenntnis durchgesetzt, daß solche Fälle in die Klinik gehören. Die Prüfung an

Hand der klinischen Entbindungsmethoden zeigt die Berechtigung zu dieser Auffassung. Bei den beiden Gruppen zusammengenommen war in 72 von hundert der Fälle Kunsthilfe erforderlich. Bei 60 von Hundert der Frauen mußte der Kaiserschnitt ausgeführt werden.

Auch hier geht aus der Tabelle hervor, daß der Anteil der geleisteten Arbeit von seiten der übrigen, z. T. freien Schwangerenberatung keineswegs gering war. Aber die Tabelle lehrt auch, daß die besonderen Beratungsstellen hier in klinischem Sinne wirksamer als sonst gearbeitet haben, daß ein solches Zusammenarbeiten beim Vorhandensein einheitlicher und brauchbarer Normen wohl möglich wäre.

Wir kommen nun zu den alten Erstgebärenden im allgemeinen. So groß der Gewinn für den beratenden Arzt auch wäre, so wenig lassen sich gerade auf diesem Gebiet irgendwelche schematischen Regeln für ihn aufstellen. Gewiß zeigen die Statistiken ein allgemeines Anwachsen der geburtshilflichen Schwierigkeiten mit dem Alter der Erstgebärenden. Aber es gibt eben keinen für a. E. typischen Geburtsverlauf. Wie v. Mikulicz an einem ausgesuchten Material der Königsberger Universitäts-Frauenklinik zeigt, kommt stets ein nicht unbeträchtlicher Teil ganz spontan nieder, Frauen, bei denen sich der Geburtsverlauf in nichts unterscheidet von der typischen Entbindung bei einer jungen Erstgebärenden — selbst was die Geburtsdauer anbelangt —. Er veranschlagt diese Zahl bei seinem Material auf 40%.

Bei den übrigen zeigt auch er die starke Benachteiligung der alten Erstgebärenden. Die Rigidität der Weichteile verzögert die Erweiterung des Zervikalkanales.

Wir finden Wehenschwächen, die durch die gebräuchlichen Wehenmittel häufig nur wenig oder gar nicht zu beheben sind. Besonders verlangsamt ist die Austreibungsperiode durch die Rigidität der Beckenboden-Muskulatur. Hierdurch häufigere Zangenentbindungen, höheres Gefahrenmoment für die Kinder. Die allgemein längere Geburtsdauer zieht ein Heer von Komplikationsmöglichkeiten nach sich.

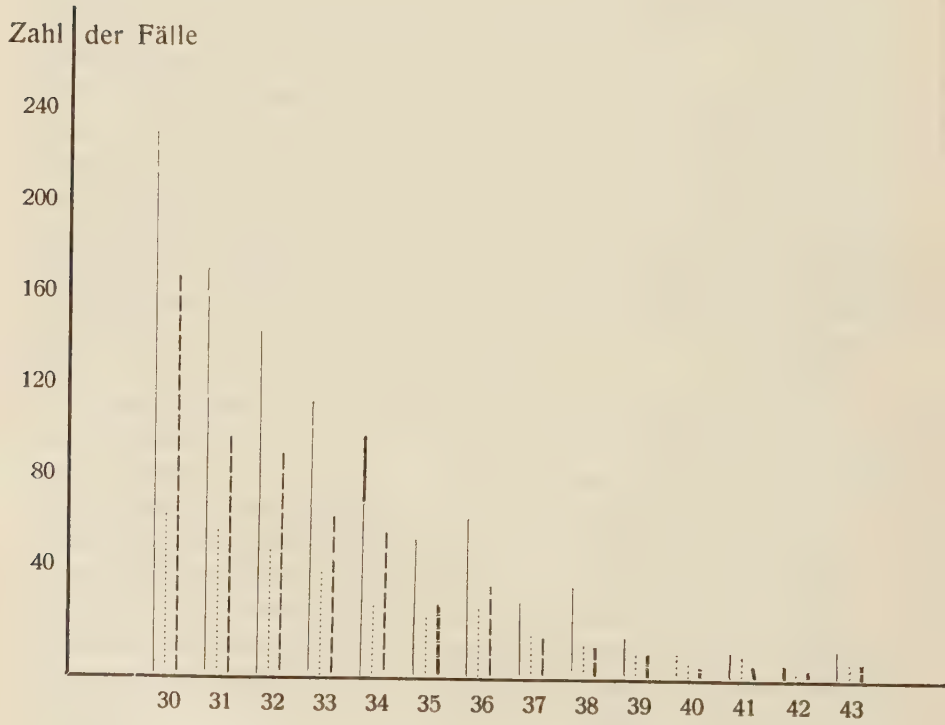
Aber diese Erwägungen nutzen dem beratenden Arzt solange nur wenig, als nicht Beziehungen der Geburtsschwierigkeiten zu dem Alter der Frauen hergestellt werden. Gewisse Anhaltspunkte bieten die klinischen Entbindungsmethoden. In dem dieser

Arbeit zugrunde liegenden Material wurden 83 alte Erstgebärende über 35 Jahre gefunden. Bei 38 mußte bei der Geburt Kunsthilfe geleistet werden, also fast bei der Hälfte.

Es wurden entbunden:

| | |
|---|---|
| durch Sectio | 14 |
| durch Forceps. | 20 |
| durch Extraktion | 1 |
| durch Perforation | 3 |
| Spontangeburt | 45 |

Beyrich, der das Material der gleichen Klinik in der Zeit vom 1. Januar 1921 bis 31. Dezember 1930 bearbeitet hat, stellt diese Beziehungen für die einzelnen Lebensjahre in Form einer graphischen Darstellung auf, die hier wiedergegeben ist:



Auf der Tafel gibt die erste Columne die Gesamtzahl der Geburten, die zweite die operativ beendeten und die dritte Columné die Spontangeburten wieder. Jeder Block entspricht einem Jahr.

Beyrich kommt zu den gleichen Ergebnissen. Die Zahl der operativ beendeten Geburten ist nach dem 35. Lebensjahre ungefähr die gleiche wie die der Spontangeburten.

Wie stellt sich nun in dem bearbeiteten Material der vorliegenden Arbeit die tatsächliche Leistung der Berater, gemessén an den aus den vorstehenden Zahlen und Erwägungen zu stellenden Forderungen, d. h., wenn wir annehmen, daß jede Erstgebärende von über 35 Jahren in die Klinik gehört?

Auf die Notwendigkeit klinischer Entbindung hingewiesen wurden von den 83 Frauen:

| | |
|---|---|
| durch Fürsorgestellen | 33 |
| durch praktische Aerzte | 9 |
| durch Hebammen | 0 |
| Hausschwangere waren | 3 |
| Summe: | 45 |

Ueber die Hälfte dieser Frauen war also rechtzeitig beraten. — —

Im Gegensatz zu den Geburtsschwierigkeiten der alten Erstgebärende von über 35 Jahren in die Klinik gehört? Wehenschwächen hingewiesen werden, die sich gerade bei jugendlichen Erstgebärenden findet und der gegenüber die bisher oft so gut erprobte Behandlung mit medikamentös und mechanisch wirkenden Wehenmitteln sich machtlos verhält. — Fedtke, der eine Reihe solcher Fälle der Charité-Frauen-Klinik aus den Jahren 1930 bis 1931 in seiner Dissertation untersuchte, fand in einem auffallend hohen Hundertsatz bei diesen Frauen bestimmte Zeichen von Infantilismus. Es ließ sich röntgenologisch eine mehr oder weniger kindliche Beckenform nachweisen, die gekennzeichnet ist durch eine Vergrößerung der Conj. ver., der Beckenhöhe und der Beckenneigung sowie durch eine Verminderung des Beckenöffnungswinkels (von Schuberts: „partiell infantiles Becken"). Dieser Infantilismus legt den Gedanken nahe, daß bei solchen Frauen auch die Wehenschwäche durch mangelhafte Entwicklung der Uterusmukulatur bedingt ist.

Die Kenntnis dieser Art von Infantilismus ist für die praktische Schwangerenberatung insofern wertvoll, als nach erfolgter Diagnosestellung gelegentlich einer klinischen Entbindung die Frauen bereits von klinischer Seite aus auf die Schwierigkeiten der eventuellen weiteren Entbindungen hingewiesen werden können und

ihnen bei solchen die prophylaktische Klinikaufnahme empfohlen werden soll, um wo möglich durch aktiveres Vorgehen die Gefahren einer langdauernden Entbindung zu vermeiden. —

Die Frage, wie weit durch zweckentsprechende diätetische und medikamentöse Behandlung während der Gravidität Eklampsie-Prophylaxe getrieben werden kann, ist durch Bearbeitung des klinischen Materials allein nicht zu klären, da hierbei die mit gutem Erfolg in der Schwangerschaft behandelten, und somit nicht zur klinischen Behandlung gekommenen Vorstadien unberücksichtigt bleiben würden.

Hier soll wiederum nur gezeigt werden, wie weit bei den Frauen die rechtzeitige Erfassung in der Schwangerschaft ging und durch wen sie erfolgte. In den Jahren 1930—33 (bis Juni) wurden insgesamt 46 Fälle von Eklampsie und Präeklampsie in der Charité Frauen-Klinik beobachtet. Subjektive oder objektive Erscheinungen in der Schwangerschaft wurden anamnestisch nur in 14 Fällen hiervon gefunden (43 von hundert), (zumeist in den letzten 2—3 Wochen vor der Entbindung). Einer prophylaktischen Behandlung wurden nur 11 unterworfen. Die Hälfte dieser Fälle war von praktischen Aerzten aufgedeckt, teils von ihnen behandelt, teils in die Klinik geschickt worden. — —

Was ist das Fazit aus diesen Zahlen? — —

Wieweit haben die besonderen Beratungsstellen die ihnen gestellten Aufgaben erfüllt und wie lassen sich gegebenenfalls ihre Erfolge steigern?

Trotz eines großen Apparates ist der Bruchteil der geleisteten Arbeit noch recht gering im Verhältnis zu der Arbeit, die geleistet werden könnte und sollte.

Die Gründe dafür sind bei den einzelnen Teilgebieten verschiedene.

Bei der Lues ist es trotz Propaganda und trotz der großen Zahl der Beratungsstellen nicht gelungen, die Frauen zu bewegen, schon in der ersten Schwangerschaftshälfte in die Sprechstunden zu kommen. Das Hauptverdienst an den Fällen, bei denen eine rechtzeitige Diagnose und Behandlung erfolgte, kam, wie aus den oben angeführten Tabellen ersichtlich ist, den praktischen Aerzten zu. Hierin liegt zugleich ein Hinweis auf eine Möglichkeit zur Besserung der bestehenden Verhältnisse durch gesetzgeberische Maßnahmen, welche die Aerzte mehr denn je auf die Notwendigkeit der Anstellung der Sero-Reaktionen in den

frühen Schwangerschaftsstadien hinweisen oder sie bei besonderen Fällen veranlassen, die Frauen durch dritte Stellen untersuchen zu lassen.

Auf dem Gebiete der geburtshilflichen Auslese hat es den beratenden Aerzten an einheitlichen Grundsätzen zur Beurteilung geburtshilflicher Schwierigkeiten gefehlt.

Und im allgemeinen trug die Schuld die bestehende Zersplitterung und das mangelnde Hand in Hand arbeiten der Fürsorgeeinrichtungen.

Der tiefere Grund für die bisherigen Fehlschläge aber lag in der ethischen Grundauffassung, auf die bisher die Schwangerenberatung ebenso wie die übrige Mutterschaftsfürsorge gestellt war. Die bisherige Organisation dieser Fürsorgeeinrichtungen gründete ihre Daseinsberechtigung allein auf die These von der Hilfsbedürftigkeit der Frau im Zustande der Schwangerschaft, deretwegen ihr Staat und Allgemeinheit zu besonderer Hilfe verpflichtet seien. (Max Hirsch). Sie sah und erkannte aber nicht, daß auch eine Verpflichtung auf Seiten der Frauen besteht, die ihnen aus ihrer Mutterschaft erwächst, alles, was in ihren Kräften steht, beizutra- ihrer Familie und dem Staat nur gesunde Kinder zu gebären. Es bedarf hier eines gewissen Umlernens und einer langen Erziehungsarbeit, bis die Schwangerenfürsorge ihre Aufgabe in wirklich rationalem Sinne erfüllen wird.

Ein erster Schritt hierzu könnte die Einführung eines Gesundheitspasses für werdende Mütter sein, der von den Beratungsstellen ausgestellt würde und von dessen Ausstellung die Gewährung der sonstigen Beihilfen und Vorteile der Mutterschaftsfürsorge abhängig sein müßte. (nach Döderlein u. a.).

Das Hand in Hand arbeiten der Beratungsstellen würde sich heben. Die Frauen hätten einen Anreiz, unsere Sprechstunden rechtzeitig aufzusuchen. Ein Weg wäre gefunden, für die geburtshilfliche Auslese einheitliche Normen zu schaffen und vieles wäre gebessert.

---

Herrn Professor Dr. G. A. Wagner bin ich für die gütige Ueberlassung des Themas zu besonderem Danke verpflichtet, desgleichen Herrn Professor Dr. Döderlein für die freundliche Unterstützung bei der Ausarbeitung.

## Literatur.


1. Beyrich, J.: Die Geburt bei alten Erstgebärenden, Inauguraldissertation 1932.
2. Davidsohn, H.: Die soziale Bedeutung der Lues des Kindesalters, aus Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter, Bd. I, H. 8, S. 581 1925/26
3. Die Fürsorgestelle für hoffende Mütter in Köln, aus Ztschr. f. soz. Hyg., Fürs. u. Krankenh. Wsen, Herausgeber Chajes u. Rabnow.
4. Döderlein, G.: Häusliche und klinische Geburtshilfe, aus Münchener Medizinische Wochenschrift 1932, Nr. 46, S. 1825.
5. Dohrn, K.: Organisation und Durchführung der Schwangerenberatung in Stadt und Land, aus Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. Bd. IV, H. 1, 1929.
6. Fedtke: Entwicklungsstörungen des Beckens bei hochgradigen Wehenschwächen. Arch. f. Gynäkologie B. Nr. 153, S. 553.
7. Hahn M.: Die Fürsorgebehandlung der luetischen Mütter und Kinder, aus Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 93, S. 295, 1928.
8. Hirsch M.: I. Mutterschaftsfürsorge, aus Archiv f. Gynäkologie. Bd. 144, H. 1, 1930.
   II. Mutterschaftsfürsorge, Monographie, Leipzig, 1931,
9. Keßler, K.: 2 Jahre Schwangerenfürsorge in Kiel, uas Ztschrft. f. Gesundh. Verwalt. u. Ges. Fürs. 1. Jahrg. Heft 17.
10. Mikulicz-Radecki: Die Geburt bei alten Erstgebärenden aus Zentralbl. f. Gynäkologie Jahrg. 58, Nr. 21.
11. Nettenheim: Ueber die Tätigkeit der Schwangerenfürsorgestelle, aus dem Gesundheitsamt der Stadt Köln. Münchn. Med. Woch. 1930, Nr. 17, S. 729 (Jahrg. 77).
12. Nürnberger: Zum Problem der luischen Fruchtschädigung. Zentr. Bl. f. Gynäkologie. S. 705. 1926.
13. — Die Diagnose und Therapie der Syphilis in der Gestationsperiode, aus Beihefte zur Mediz. Klinik H. 6 1926.
14. Pfaundler: Ueber die Verbreitung der Lues im Kindesalter. Ztschr. f. Kinderheilkunde Bd. 16, S. 63. 1917. (zitiert aus: Die Bekämpfung der Lues bei Mutter und Kind v. Philipp s. u.)
15. Philipp E.: Die frühzeitige Erkennung der Lues usw. als sozialhygienisches Problem, aus Ztschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 93, S. 443, 1928.
16. — Die Diagnose der Lues bei Mutter und Kind aus Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. 93, S. 253, 1928.
17. — Die Bekämpfung der Lues bei Mutter und Kind aus Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Bd. 1, 1929.

18. Philipp E. u. Richter W.: Lues und Geburtshilfe, Aufgaben des Geburtshelfers bei der Bekämpfung der kongenitalen Lues. Aus Münchn. Med. Wochschr. 1933, Nr. 40, S. 1540.
19. Philipp, E.: Neuere Beobachtungen über Syphilis bei Mutter und Kind. Aus Ztschr. f. Gesundh. Verwalt. u. Gesundheitsfürs. 3. Jahrg. H. 13.
20. v. Schubert: Ueber die Bewertung der Conjug. externa (Diameter Baudeloquii) in der Geburtshilfe. Archiv f. Gynäkologie, Bd. 155, H. 2, 1934. Verl. J. Springer.
21. — Röntgenuntersuchungen des knöchernen Beckens im Profilbild. Exakte Messung der Beckenneigung beim Lebenden. Zentr. Bl. f. Gyn. 1929, Nr. 17.
22. Schwangerenfürsorge in der Stadt Hagen (Westf.) aus Ztschr. f. Ges. Pflege u. soziale Hygiene. 40. Jahrg.
23. G. A. Wagner: Zur Verhütung der kongenitalen Syphilis. Mediz. Klinik 1923, Nr. 1.
24. (Gesundheitspaß) Sitzungsbericht der Berliner Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege v. 22. Nov. 1932.

## Lebenslauf.

Am 10. Juni 1908 wurde ich, Hellmuth Gürich, als Sohn des praktischen Arztes Dr. med. Lothar Gürich und seiner Gemahlin Lucie geb. Sterz in Rosenberg O/S. geboren.

Ostern 1927 bestand ich die Reifeprüfung am Staatlichen Dom-Gymnasiumi n Merseburg. Danach studierte ich Medizin an den Universitäten Marburg, Kiel, Breslau, Insbruck und Halle. Das medizinische Staatsexamen bestand ich nach Abschluß des 11. Studiensemesters in Halle zu Anfang des Wintersemesters 1932. Danach war ich als Medizinalpraktikant 9 Monate lang an der Frauenklinik (Dir. Prof. Dr. G. A. Wagner) und 4 Monate an der I. Medizinischen Klinik der Charité (Dir. Prof. Dr. Petow) in Berlin tätig. Seit dem 1. Juli 1934 bin ich Volontärassistent an der Augenklinik der Charité (Dir. Prof. Dr. Löhlein).